



Endometrial
Cancer
Awareness

Cancro do endométrio

MITOS & FACTOS

	MITO	FACTO
1	<i>O cancro do endométrio só ocorre após a menopausa.</i>	Embora o cancro do endométrio seja diagnosticado mais frequentemente após a menopausa, também afeta mulheres mais jovens, sobretudo na presença de condições genéticas específicas. Certos subtipos moleculares deste cancro são mais observados em grupos etários mais jovens.
2	<i>O teste de Papanicolau deteta o cancro do endométrio.</i>	Este exame é usado para detetar o cancro do colo do útero, e não o do endométrio. Este é normalmente diagnosticado através de uma biopsia endometrial, em que uma pequena amostra de tecido do revestimento do útero é examinada ao microscópio.
3	<i>Todas as hemorragias uterinas são um sintoma de cancro do endométrio.</i>	Embora uma hemorragia anormal possa ser um sintoma de cancro do endométrio, é essencial ter em conta que outros fatores, como miomas ou desequilíbrios hormonais, também podem causar hemorragia uterina. Independentemente da causa, é sempre importante consultar um especialista quando se tem uma hemorragia anormal.
4	<i>O cancro do endométrio não apresenta sintomas precoces.</i>	Um dos primeiros sinais de cancro do endométrio é uma hemorragia vaginal anormal. Por vezes, esta associa-se a um corrimento vaginal, que nunca deve ser ignorado. Além disso, um endométrio muito espesso, frequentemente indicativo de hiperplasia (com ou sem atipia), é considerado uma condição pré-cancerosa. As mulheres não podem ignorar quaisquer sinais ou sintomas incomuns. Consulte sempre um especialista em caso de hemorragia vaginal anormal.
5	<i>Existem apenas dois tipos de cancro do endométrio, dependendo da relação com o estrogénio.</i>	No passado, o cancro do endométrio era dividido em dois tipos. Atualmente, é classificado com base na análise tradicional dos tecidos (histologia) e nos subtipos moleculares modernos: POLEmut, MMRd, NSMP e p53abn. Estas novas classificações ajudam os médicos a fornecer um plano de tratamento mais personalizado e a prever os resultados com maior exatidão.
6	<i>Todos os cancros do endométrio são altamente agressivos e têm maus resultados.</i>	Os subtipos de cancro do endométrio, como o POLEmut, têm prognósticos muito favoráveis, o que realça a importância da subtipagem molecular antes do tratamento e do prognóstico. Embora alguns subtipos, como o p53abn, se associem a piores resultados, a utilização da classificação molecular garante uma compreensão mais exata de cada caso. O cancro do endométrio de baixo risco apresenta normalmente excelente prognóstico com tratamento cirúrgico adequado, podendo atingir taxas de recuperação superiores a 90%.
7	<i>O cancro do endométrio exige sempre cirurgias extensas e quimioterapia agressiva.</i>	O tratamento varia consoante o diagnóstico. Muitas vezes, o cancro do endométrio em fase inicial é tratado apenas com cirurgia, normalmente sem necessidade de quimioterapia. As técnicas cirúrgicas podem variar entre cirurgia aberta e opções minimamente invasivas, como a laparoscopia ou a cirurgia assistida por robot. O uso da quimioterapia é personalizado de acordo com o risco de recidiva de cada mulher. Dependendo da avaliação do risco, algumas doentes podem também ser submetidas a tratamentos de radioterapia ou terapia hormonal. As decisões de tratamento pós-cirúrgico têm em conta o grau do cancro, a profundidade de invasão do músculo uterino, a invasão linfovascular, a idade e o subtipo molecular. Estes fatores ajudam a avaliar a probabilidade de recidiva do cancro e a determinar a necessidade de terapias adicionais.
8	<i>A cirurgia é demasiado agressiva para cancro do endométrio de baixo risco, que pode ser tratado apenas com medicação.</i>	A cirurgia continua a ser o tratamento mais eficaz para o cancro do endométrio de baixo risco, desempenhando um papel crucial no estadiamento exato e nas elevadas taxas de recuperação.



Cancro do endométrio

MITOS & FACTOS

	MITO	FACTO
9	<i>A imunoterapia é ainda experimental e não tão eficaz como a quimioterapia.</i>	A imunoterapia tem-se mostrado promissora, sobretudo nos casos em que os tratamentos tradicionais podem ser menos eficazes. Ensaios clínicos recentes demonstraram resultados encorajadores quando a imunoterapia é adicionada ao tratamento padrão para o cancro do endométrio avançado.
10	<i>A braquiterapia vaginal não é útil no tratamento do cancro do endométrio.</i>	A braquiterapia vaginal é uma forma de radioterapia que administra doses elevadas diretamente na zona superior da vagina, minimizando a exposição dos tecidos circundantes. Este tratamento provoca normalmente menos efeitos secundários do que a radiação de feixe externo. A braquiterapia vaginal utiliza-se habitualmente no tratamento de casos de baixo risco para ajudar a prevenir a recidiva local.
11	<i>Uma histerectomia por cancro do endométrio provoca graves desequilíbrios hormonais.</i>	Uma histerectomia implica a remoção do útero, o que por vezes resulta na remoção de outros órgãos reprodutores. Para as doentes na pré-menopausa com doença em fase inicial e bons fatores de prognóstico, a histerectomia com remoção das trompas é a abordagem cirúrgica padrão. No entanto, a preservação dos ovários pode ser considerada em casos específicos, para manter o equilíbrio hormonal e a função ovárica.
12	<i>A cirurgia para o cancro do endométrio elimina todos os riscos de recidiva.</i>	Embora a cirurgia seja uma componente essencial do tratamento do cancro do endométrio, não elimina totalmente o risco de recidiva. A probabilidade de o cancro regressar é influenciada por fatores como o estadiamento, o grau e o subtipo molecular do cancro. Podem ser necessários tratamentos adicionais, conhecidos como terapias adjuvantes, para reduzir o risco. Além disso, o acompanhamento pós-cirúrgico contínuo é essencial para a deteção precoce de quaisquer sinais de recidiva.
13	<i>O cancro do endométrio é sempre recidivante, mesmo que seja de baixo risco.</i>	Quando tratado de modo adequado, o cancro do endométrio de baixo risco apresenta normalmente uma taxa de recidiva muito baixa e uma elevada taxa de sobrevivência global.
14	<i>O tratamento do cancro do endométrio resulta sempre em infertilidade.</i>	Apesar de muitos dos tratamentos para o cancro do endométrio implicarem a remoção do útero, existem opções que permitem preservar a fertilidade de mulheres jovens com cancro em fase inicial. A cirurgia (que pode incluir a remoção do útero e dos ovários) pode ser adaptada com base no estadiamento do cancro e nas circunstâncias pessoais da doente, incluindo o seu desejo de preservação da fertilidade.
15	<i>A síndrome de Lynch só aumenta o risco de cancro colorretal e o teste genético só é considerado necessário se a pessoa já tiver cancro colorretal.</i>	A síndrome de Lynch não só aumenta o risco de cancro colorretal, como a probabilidade de outros tipos de cancro, como o do endométrio e do ovário. O teste genético é recomendado não só a pessoas com cancro colorretal, mas também a quem tenha história familiar de cancro ou desenvolva cancro do endométrio ou do ovário numa idade jovem. É essencial compreender que ter síndrome de Lynch não significa a ocorrência de cancro. No entanto, a adoção de medidas preventivas e a realização de check-ups regulares podem ajudar a gerir e reduzir os riscos associados.
16	<i>Os tratamentos do cancro do endométrio restringem a atividade sexual futura.</i>	As doentes submetidas a cirurgia para cancro do endométrio em fase inicial, sobretudo histerectomia simples (remoção do útero e colo do útero), podem sofrer alterações, mas tal não implica a restrição da sua atividade sexual. Muitas mulheres conseguem mantê-la após o tratamento, sendo frequentemente utilizadas opções como dilatadores vaginais, lubrificantes e tratamentos com estrogénios para ajudar a gerir quaisquer alterações. O aconselhamento com um sexólogo pode ajudar a resolver as preocupações das doentes e a melhorar o seu bem-estar sexual geral. Tanto as doentes como os médicos devem falar abertamente sobre as soluções possíveis.